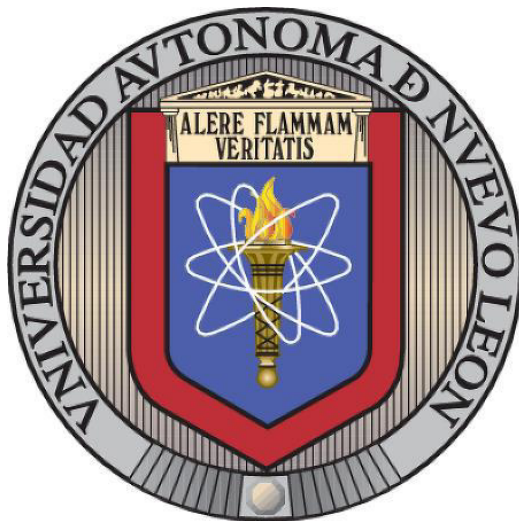


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



“TERAPIA BREVE EN UN CASO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA”

PRESENTA

ANAPaula GARZA LAGÜERA GONZÁLEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

MAYO 2016



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



“TERAPIA BREVE EN UN CASO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA”

PRESENTA

ANAPaula GARZA LAGÜERA GONZÁLEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

DIRECTOR

DRA. CLAUDIA CASTRO CAMPOS

MONTERREY, NUEVO LEÓN,

MAYO 2016

Dedicatoria

A mis papás, por haberme impulsado y apoyado en toda mi trayectoria académica.

Agradecimientos

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su apoyo han colaborado en la realización del presente trabajo.

De manera especial, me gustaría agradecer a la Dra. Claudia Castro Campos, directora de esta investigación, por cuya orientación, supervisión y seguimiento se ha podido finalizar y concretar éste proyecto. Le agradezco en particular su dedicación e interés por aspirar conmigo a desarrollar un trabajo verdaderamente significativo.

De igual manera, quisiera agradecer a mis revisoras, la Mtra. María Esther Fernández Solís y la Mtra. Karla Daniela Dávila Rodríguez, quienes además de participar en la revisión del presente trabajo, participaron en la enseñanza de muchas y muy valiosas herramientas terapéuticas, algunas de las cuales sirvieron también para la intervención del presente trabajo.

Finalmente, quisiera agradecer el apoyo y comprensión recibidos por parte de mis papás y mi esposo a lo largo de todo este proceso; sin su motivación y confianza en mí, habría sido difícil conseguir los logros que en este proyecto se culminan.

A todos ellos, muchas gracias.

Resumen

La paciente fue una adolescente de 13 años con conductas autolesivas. Se llevó a cabo un estudio de caso para erradicar dicha conducta y mejorar los patrones disfuncionales familiares que la propician. El proceso terapéutico se dio en dos fases: terapia familiar y terapia individual cognitivo-conductual. Los resultados de la batería de pruebas inicial indicaron deficiencias en autoestima, regulación emocional y control de impulsos y ansiedad, así como en la conducta asertiva. Seguido del tratamiento y según la segunda aplicación de los instrumentos de evaluación, se han encontrado mejoras en los patrones disfuncionales familiares así como en los niveles de autoestima, regulación emocional, control de impulsos, ansiedad y conducta asertiva. Las conductas autolesivas fueron erradicadas.

Palabras clave: Autolesión no suicida (ANS), disfunción familiar, impulsividad, regulación emocional, autoestima.

Abstract

The patient was a 13-year-old female who presented self-injuring behaviors. A case study was implemented to eradicate those behaviors and improve the dysfunctional family patterns which encourage it. The treatment was implemented in two phases: family therapy and cognitive-behavioral individual therapy. After applying some tests, results indicated a significant deficiency in self-esteem, emotion regulation, anxiety and impulse control patterns as well as assertive behaviors. Following the treatment implementation there were significant improvements in the dysfunctional family patterns as well as in her self-esteem, emotion regulation, anxiety, impulse control and assertive behaviors. The self-injurious behaviors were eradicated.

Key words: Non-suicidal self-injury (NSSI), family dysfunction, impulsivity, emotional regulation, and self-esteem.

Índice

Capítulo I. Introducción.....	6
Terapia Breve en un caso de Autolesión no Suicida	6
Introducción.....	6
Objetivos.....	7
Justificación	7
Capítulo II. Marco Teórico.....	8
Causas y origen	9
Comorbilidad.....	11
Factores de personalidad asociados.....	13
Factores de riesgo y protección	13
Tratamiento y técnicas	14
Capítulo III. Método	17
Diseño	17
Participante.....	17
Descripción del caso	17
Instrumentos de evaluación.....	17
Diagnóstico estructural	20
Diagnóstico funcional.....	22
Procedimiento.....	23
Aspectos éticos.....	25
Capítulo IV. Resultados	26
Capítulo V. Discusión y Conclusión.....	31
Discusión.....	31
Conclusiones	33
Referencias	35
Anexos	43
Anexo 1.1	43
<u>INVENTARIO C.D.I.</u>	43
Anexo 1.2	45
<u>ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE</u>	45
Anexo 1.3	48
<u>ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNES)</u>	48
Anexo 1.4	49
<u>ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA</u>	49
Anexo 1.5	52
<u>CHEAT-26</u>	52
Anexo 1.6	53
<u>INVENTARIO DE DECLARACIONES SOBRE AUTO-LESIÓN - SECCIÓN I.</u>	
<u>COMPORTAMIENTOS</u>	53
Anexo 1.7	56
<u>ESCALA DE DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL</u>	56
Anexo 1.8	59
<u>CUESTIONARIO BIS-11</u>	59
Anexo 1.9	60
<u>ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG</u>	60

Capítulo I. Introducción

Terapia Breve en un caso de Autolesión no Suicida

Introducción

El presente estudio de caso desarrolla las técnicas y estrategias empleadas en un caso de autolesión no suicida (ANS); trabajando desde las corrientes Sistémica y Cognitivo conductual.

En términos muy sencillos, se habla de autolesión no suicida, cuando se lleva a cabo un daño corporal intencional sin buscar conseguir el suicidio (Nock, 2009). L.J., adolescente de 13 años de edad, quién reside en Monterrey N.L. y pertenece a un nivel socio económico medio-bajo, presenta dicho tipo de conductas. Según la evidencia la mayor prevalencia de sujetos que presentan ésta conducta es en edad adolescente y adultos jóvenes, cuyo comienzo suele ser alrededor de los 13 o 14 años (Klonsky, 2011; Nock et al., 2006), información que coincide con el caso actual.

Existen diversas formas de ocasionarse daño a uno mismo; las mujeres suelen preferir cortarse como método principal de autolesión (Klonsky, 2011; Whitlock et al., 2006). L.J., cómo lo menciona en la *Entrevista de Ideas y Comportamientos sobre autolesión* (SITBI por sus siglas en ingles) (Nock et al., 2007), suele tener como método principal de autolesión el cortarse, seguido de rascarse.

Para la intervención, se planeo un proceso terapéutico en dos fases: fase1: terapia familiar y fase 2: terapia individual con bases cognitivo-conductuales. Seguido de la aplicación de la batería de pruebas, los resultados indicaron deficiencias en las áreas de autoestima, regulación emocional y control de impulsos, que suelen ser elementos fundamentales de las conductas autolesivas. Igualmente se encontraron deficiencias en la conducta asertiva.

Seguido de la fase 1 de intervención (terapia familiar sistémica) se pudieron notar cambios significativos en la conducta del paciente y un decremento importante en las conductas autolesivas. Para consolidar y profundizar en los cambios se procedió a la fase 2 de la terapia (terapia cognitivo-conductual), dónde se abordaron estrategias de regulación emocional, manejo de estrés, trabajo en asertividad, reestructuración cognitiva entre otros.

Objetivos

En este estudio de caso se tiene como objetivo el utilizar las estrategias cognitivo-conductual y de terapia familiar para trabajar en un caso de autolesión con la finalidad de erradicar la conducta y mejorar los patrones disfuncionales familiares que la propician.

Justificación

En México, así como en otros países, hay un notable incremento en la presencia de casos de autolesión sin intento de suicidio. Se estima que un 10% de la población adolescente de México incurre en dichas prácticas (Bernard, 2011). En función de lo anterior, es que el Congreso del Estado aprobó el envío de un exhorto a la Secretaría de Educación para la implementación de programas de detección de alumnos con problemas de autolesión para intervenir de manera pertinente (Congreso del Estado de Nuevo León, 2016). Sin embargo, aun hay poca información en el país y a nivel mundial sobre el abordaje ideal de estos casos. Se ha visto que la edad de mayor prevalencia para iniciar dichas conductas suele ser alrededor de los 13 o 14 años (Klonsky, 2011; Nock et al., 2006; Ulloa, Contreras, Paniagua & Victoria, 2013), siendo que L. J. inició a los 13 años. Por lo anterior, es que el presente estudio de caso es de suma relevancia para la comunidad de investigación local y mundial.

Capítulo II. Marco Teórico

Se habla de autolesión no suicida (ANS) cuando se lleva a cabo un daño corporal intencional sin buscar conseguir el suicidio (Nock, 2009), sin embargo, este tipo de conductas pueden ser fuertes predictores de intentos de suicidio futuros (Asarnow et al., 2011). Algunas formas en que comúnmente se manifiesta la ANS son el cortarse, quemarse, rascarse, golpearse, morderse e interferir con la sanación de heridas (Klonsky & Olino, 2008; Nock, 2009).

De modo que quede claro lo que sí representan conductas autolesivas, es importante distinguir las que no lo son. Las conductas masoquistas por ejemplo, las que, contrario a la ANS, uno mismo se causa los daños, en el masoquismo es otro individuo quién daña al sujeto. De la mano con lo anterior, los fines de ambas conductas son distintos, el masoquista busca obtener placer de tipo sexual a través del dolor, mientras que en la ANS se busca obtener alivio y eliminar un dolor emocional presente (no relacionado con excitación sexual) (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011; Ioanas, 2013).

Otras conductas que pueden confundirse con ANS son el abuso de sustancias como alcohol, drogas y cigarro o el restringir la ingesta de alimentos. Sin embargo, similarmente que con el masoquismo, dichas conductas no buscan el causarse un daño corporal sino obtener placer o en el caso de las cuestiones alimentarias, bajar de peso (Klonsky et al., 2011).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su cuarta versión, consideraba las conductas autolesivas exclusivamente como un síntoma del Trastorno límite de la personalidad, no obstante, en su quinta versión se le ha considerado como una condición independiente con su propia sintomatología. Sin embargo, no se descarta que ésta puede presentarse en comorbilidad con otros

trastornos como los del estado de ánimo, los de ansiedad, los alimenticios y el trastorno límite de la personalidad (Stetka, & Correll, 2013; Victor & Klonsky, 2014; Whitlock, Eckenrode, Silverman, 2006).

Esta problemática se presenta cada vez con mayor frecuencia, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes comenzando típicamente a los 13 o 14 años de edad (Klonsky, 2011; Nock et al., 2006). Por otro lado, no se han encontrado evidencias que indiquen una mayor prevalencia de esta conducta entre la población de sexo femenino o masculino, sin embargo, si se ha visto una diferencia entre los métodos de preferencia y la frecuencia en la conducta. Según la evidencia encontrada, la población femenina suele preferir métodos como el cortarse mientras que la población masculina se sirve más de formas auto-lesivas como el golpearse a si mismos. De igual manera se ha visto que las mujeres suelen llevar a cabo los actos auto-lesivos con mayor frecuencia que los hombres (Klonky, 2011; Whitlock et al., 2006).

Finalmente, se ha visto que tanto en adolescentes cómo en adultos que presentan ésta conducta, las tasas más elevadas se encuentran asociadas con poblaciones psiquiátricas, es decir, sujetos con padecimientos mentales, principalmente personas que padecen gran angustia, depresión, ansiedad, emociones negativas y una mala regulación de sus emociones (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Klonsky, & Muehlenkamp, 2007; Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005; Nock, Wedig, Holmberg & Hooley, 2008).

Causas y origen

Diversos modelos teóricos han propuesto explicaciones para la ANS. Desde la psicología, la ANS se concibe principalmente como un desorden de la regulación emocional, lo anterior con la evidencia de que es el motivo o función que con mayor frecuencia se ha reportado como causa de dicha conducta, seguido de la auto-

devaluación que se propone como otra de las principales bases de dicha conducta (Klonsky et al., 2003; Klonsky et al., 2011).

Dentro de las ramas de la psicología existen postulados más específicos sobre las causas de la ANS. Los psicodinámicos, por ejemplo, consideran este tipo de autolesión como una manera de conseguir control sobre los impulsos sexuales y de muerte (Nock, 2009). Para los Cognitivos Conductuales el problema surge por una parte de pensamientos e interpretaciones negativas sobre uno mismo, otra parte es el o los reforzadores que han jugado un rol desde el inicio y en el mantenimiento de la ANS así como una deficiencia en las habilidades de solución de problemas (Guerry & Pristein, 2010; Klonsky et al, 2011; Washburn et al., 2012).

Desde una perspectiva social, la ANS se asocia con alienación y aislamiento social así como atribuciones desadaptativas a diversas experiencias sociales estresantes (Castille et al., 2007; Guerry et al., 2010). Por otro lado, se proponen factores biológicos asociados a dicha conducta. Por ejemplo, la liberación natural de endorfinas al lesionarse puede ocasionar sentimientos agradables, lo que podría reforzar la conducta auto-lesiva. Sin embargo, dicha teoría no es del todo aceptada ya que la ANS suele relacionarse más con una forma de reforzamiento negativo (eliminar los sentimientos negativos) más que un reforzamiento positivo (causar placer o sentimientos positivos) (Klonsky, 2007).

Se ha encontrado en investigaciones que a pesar de que la autolesión causa cierto dolor físico, paradójicamente y de manera simultánea, causa alivio a nivel de la intensidad emocional y un decremento en emociones negativas (Franklin et al., 2010; Nock & Prinstein, 2004; Selby, Franklin, Carson-Wong & Rizvi, 2013; Victor et al., 2014). Igualmente se ha visto que la autolesión se utiliza como una manera de

manifestar la auto-devaluación u odio hacia uno mismo o como una forma de auto-castigo (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014).

En un estudio realizado por Klonsky (2011) respecto a las funciones de las conductas autolesivas, encontró que la mayoría de los sujetos llevaban a cabo estas conductas para liberar dolor emocional que se ha acumulado en su interior. En segundo lugar, la motivación que más se presenta es la de deshacerse de malos sentimientos, seguido de buscar sentir algo ya que se sentían vacíos e insensibles, para castigarse, para comunicarse con alguien más o conseguir atención y finalmente para evitar estar con los demás o evitar alguna situación desagradable. De ésta muestra de 439 personas, un 67% mencionó tener más de un aspecto funcional como motivos de su autolesión.

Comorbilidad

Como principal comorbilidad se debe abordar el tema del suicidio, que aunque no es un trastorno cómo tal, es una conducta inevitablemente asociada con la ANS. Es importante distinguir entre ambas y a su vez mencionar la íntima relación que existe entre estas formas de conducta autodestructivas.

Primero que nada, la ANS es más prevalente que el suicidio en la población general. Por otro lado, aunque existen métodos similares, en general, los intentos de suicidio se sirven de estrategias más definitivas y terminales cómo el uso de armas de fuego, veneno, cuerdas etc.; pero sobre todo, las personas que se involucran es ANS, no buscan acabar con su vida al autolesionarse (Klonsky et al., 2014).

Por otro lado, no por ser cosas diferentes, se excluye la posibilidad de la coexistencia de ambas conductas. Es importante resaltar que a pesar de las importantes diferencias, la autolesión es el factor de riesgo más intensamente asociado a futuros intentos de suicidio, teniendo incluso una correlación más fuerte que los intentos de

suicidio previos (Asarnow et al., 2011; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

Anteriormente se concebía la ANS como un síntoma exclusivo del trastorno límite de la personalidad (TLP) debido a que con frecuencia se presentan ambas condiciones en un mismo sujeto, sin embargo, en la actualidad se reconoce que ambas se pueden presentar de manera independiente, por lo que se considera que es más bien una frecuente comorbilidad (Klonsky et al., 2003). Se cree que debido a que ambas condiciones se relacionan con emociones negativas difíciles de regular, es que con frecuencia co-ocurren (Glenn & Klonsky 2009; Klonsky, 2007, 2009).

De igual manera y con mucha frecuencia, es que se encuentra comorbilidad entre ANS y los trastornos alimenticios. Se considera que esto puede estar relacionado con que ambos son una forma de conducta auto-lesiva y ambos implican una especial atención en el cuerpo (Claes & Muehlenkamp, 2013). Otros estudios han encontrado que el factor de la impulsividad, íntimamente asociado con ambas conductas, es otro elemento que puede propiciar el que se presenten juntas (Claes et al., 2015).

Ross, Heath y Toste (2009), en un estudio con alumnos de preparatoria, encontraron que, aquellos que se autolesionaban, presentaban significativamente mayor patología en la conducta alimentaria que aquellos sin conductas de ANS. Lo anterior en cuanto a la falta de conciencia interoceptiva, las dificultades en el control de impulsos, de la mano con un bajo sentido de autoeficacia, desconfianza e inseguridades sociales así como tendencias bulímicas y una inconformidad con el cuerpo.

Por otro lado, se ha visto que la ANS puede co-existir con otros trastornos psiquiátricos como lo son la depresión mayor, algunos trastornos de la ansiedad como el trastorno de estrés post-traumático, trastornos relacionados al abuso de sustancias entre otros (Klonsky et al., 2011; Nitowski & Petermann, 2011).

Factores de personalidad asociados

Según Klonsky y colaboradores (2011), existen una serie de elementos que se asocian a la ANS, pues se ha visto que con frecuencia están presentes en las personas que manifiestan conductas autolesivas. Estos elementos son la emocionalidad, la auto-devaluación y la impulsividad.

La *emocionalidad* es un factor que se ha mostrado sumamente relevante en la ANS, pues cada vez existe más evidencia del importante rol que juegan las emociones negativas y la dificultad para manejar los estados emocionales negativos en la manifestación de estas conductas (Klonsky et al., 2011).

La *auto-devaluación*, es otro factor que se encuentra implicado en el contexto de la ANS, pues de la mano de esta auto-devaluación puede presentarse el deseo del auto-castigo, que como resultado puede derivar en diversas formas de autolesión. Se piensa que dicho comportamiento busca expresar el aborrecimiento y el enojo hacia uno mismo, dónde se cree que el sujeto ha experimentado abuso emocional o críticas por periodos prolongados (Hoff, & Muehlenkamp, 2009; Klonsky et al., 2011; Nock, 2009).

Finalmente, la *impulsividad* es un tercer factor que se ve asociado con la ANS, pues se ha visto que los sujetos con conductas autolesivas son más impulsivos que aquellos que no presentan estas conductas. De igual manera, se ha visto en las investigaciones que los individuos que se autolesionan reportan que solo suelen pasar pocos minutos entre el deseo de lastimarse y el acto en sí (Klonsky et al., 2011; Nock, & Prinstein, 2005).

Factores de riesgo y protección

Se han encontrado diversos factores de riesgo para el desarrollo de la ANS. La predisposición genética para alta reactividad cognitiva/emotiva se considera que puede detonar en conductas autolesivas. De igual modo, el abuso infantil ya sea emocional o sexual, la hostilidad familiar, el uso de sustancias en el pasado, la presencia de

trastornos psiquiátricos, niveles elevados de diestrés, la auto-devaluación, la desregulación emocional, la inasertividad y el tener tendencias suicidas, todos son considerados factores de riesgo importantes para el desarrollo de la ANS (Alfonso, & Kaur, 2012; Keenan, Hipwell, Stepp, & Wroblewski, 2014; Klonsky & Glenn, 2009; Nock, 2009; Whitlock et al., 2006).

De igual modo, el aspecto social/familiar juega un papel importante en las conductas autolesivas, pues se ha visto que las familias disfuncionales pueden propiciar este tipo de conductas, igualmente, el tener amistades que han presentado conductas autolesivas es un factor de riesgo (Alfonso et al., 2012; Michelson & Bhugra, 2012).

En cuanto al aspecto familiar, el solo hecho de ser observador de conductas disfuncionales como el abuso de sustancias, conflictos y otros comportamientos auto-destructivos, puede impulsar las conductas auto-lesivas en un individuo. De igual modo las familias que descalifican, ignoran, ridiculizan o niegan la expresión emocional propician conductas auto-destructivas (Walsh, 2006).

Por otro lado, el tener bajos niveles de *bullying* es un factor de protección para este tipo de conductas. Asimismo, la creencia en las posibilidades personales o autoeficacia es un elemento importante, pues de ser alta, sirve como factor de protección, y por lo contrario, si se tienen poca creencia en las posibilidades personales, se considera un factor de riesgo (Alfonso et al., 2012).

Tratamiento y técnicas

Los datos empíricos que ofrecen lineamientos para el tratamiento de la ANS son limitados actualmente debido en parte a las complicaciones por aspectos éticos y legales de la investigación en este campo (Linehan, 2000), sin embargo, los tratamientos cognitivo-conductuales son los que se muestran más prometedores para lidiar con esta problemática (Muehlenkamp, 2006).

Dentro de esta línea se identifican dos principales estrategias de trabajo para la ANS debido a sus fundamentos teóricos. La primera es la *Terapia en Solución de Problemas* (TSP) de D’Zurilla y Goldfried (1971), pues se considera que los comportamientos de afrontamiento disfuncional son el resultado de un mal funcionamiento en el proceso de solución de problemas del individuo (D’Zurilla & Nezu, 2001). La segunda, es la *Terapia Dialéctica del Comportamiento* (TDC) de Linehan (1993) que fue creada para tratar los síntomas del Trastorno límite de la personalidad, de los cuales la autolesión es uno de ellos (Muehlenkamp, 2006).

La Terapia en Solución de Problemas busca entrenar en estrategias y actitudes constructivas para resolver y/o lidiar con problemas con la finalidad de reducir la psicopatología y fomentar un comportamiento más funcional y sano así como una mejor calidad de vida (Dobson, 2009; Nezu, Nezu & D’Zurilla, 2012).

La Terapia Dialéctica del Comportamiento (TDC) está basada en principios budistas, cognitivo-conductuales, de solución de problemas, y de entrenamiento en habilidades. El principio de esta terapia, es el encontrar un balance entre alentar al paciente a hacer cambios funcionales en su vida y simultáneamente a aceptarse a sí mismo. De cara a la ANS, una de las principales metas de esta terapia es la de reducir estos comportamientos ayudando al paciente a desarrollar nuevas herramientas y habilidades de afrontamiento para lidiar con obstáculos motivacionales y promover la generalización de las nuevas habilidades fuera del entorno terapéutico (Muehlenkamp, 2006; Robins, Ivanoff & Linehan, 2001).

De manera específica, la TDC trabaja principalmente con la enseñanza de atención consiente (mindfulness) que conlleva la enseñanza de la meditación, la tolerancia a la frustración, la efectividad interpersonal y la regulación emocional (The Linehan Institute, 1996).

Por otro lado, y en los casos pertinentes, se ha visto que la terapia familiar puede tener un gran impacto en los casos de ANS. Este tipo de terapia tiene cuatro metas fundamentales. La primera meta es la de dar psicoeducación a los miembros de la familia involucrados. Una segunda meta sería la de disminuir cualquier comportamiento de la familia que detone las conductas auto-lesivas. En tercer lugar, se busca establecer roles apropiados de acuerdo a las edades de padres e hijos, y la cuarta sería la de disminuir la expresión de emociones desenfrenada a la vez que se incrementa la comunicación efectiva sobre los estados psíquicos de los miembros de la familia (Walsh, 2006).

Existen otras formas de tratamiento a su vez prometedoras para el tratamiento de la ANS, entre estas se encuentran la entrevista motivacional, la regulación emocional, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia psicodinámica, estrategias de manejo del comportamiento y el medicamento, entre otras (Klonsky et al., 2011).

Aunque todas las formas de tratamiento mencionadas anteriormente han sido ya utilizadas para la ANS con casos de éxito, es evidente que falta aún mucha investigación en la eficacia de las mismas y en la búsqueda de mejores y más completas estrategias para abordar esta problemática (Klonsky et al., 2011; Muehlenkamp, 2006).

Capítulo III. Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de caso.

Participante

La participante L.J. fue una adolescente de 13 años de edad, de sexo femenino. Estudiante de primer año de secundaria de una escuela pública de Nuevo León. Actualmente vive con su madre y el novio de su madre. Asiste a terapia debido a que presenta una conducta autolesiva de cortarse con navajas de sacapuntas o de un exacto, lo cuál según el DSM V calificaría como *Autolesión no Suicida*. L.J. menciona que su principal objetivo de terapia es trabajar la relación con su madre.

Descripción del caso

La paciente reporta el inicio de las conductas autolesivas aproximadamente 6 a 9 meses previos al inicio de la terapia. Fue referida por su escuela, dónde se descubrió a la paciente en un acto autolesivo que fue reportado a la madre con la sugerencia de buscar ayuda psicológica. Es la primera vez que L.J. recibe tratamiento psicológico. Previo a la terapia los únicos intentos de solución se refieren a conversaciones madre-hija que resultaron infructuosas. Se sostiene como hipótesis que el detonante de dichas conductas tiene que ver con situaciones familiares. Una de estas, es que la actual pareja de la madre se mudó a vivir con ellas desde hace un año, además, alrededor de las mismas fechas, la paciente fue informada por su madre sobre las conductas de abuso de sustancias que mantenía su padre desde la infancia de la paciente, que fueron parte de los motivos del divorcio.

Instrumentos de evaluación

Debido a la frecuente comorbilidad entre ANS y la depresión, se aplicó la adaptación de Arévalo (2008) del Inventario de Depresión Infantil (CDI) (anexo 1.1)

(Kovacs, 1992). Ésta prueba es un inventario diseñado para examinar el nivel de depresión de niños y adolescentes de 8 a 16 años. Lo anterior mediante dos factores: síntoma de estado de ánimo disfórico (melancolía) y síntoma de ideas de auto desprecio. La prueba consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta. La adaptación cuenta con un alfa de Cronbach de .91.

Se utilizó la *Escala de Ansiedad para Niños de Spence* (SCAS) (anexo 1.2) (Spence, 1997) para evaluar los niveles de ansiedad (Hernández-Guzmán et al., 2010). Dicha escala mide los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia y cuenta con 44 ítems. Se califica en una escala tipo likert que va del 0 (nunca) al 3 (siempre). Es un instrumento fiable ya que cuenta con un alfa de Cronbach de .88.

Como complemento para evaluar ansiedad y asertividad se utilizó la *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa* (FNE) (anexo 1.3) (Watson & Friend, 1969) en su adaptación de Girodo (1980). El cuestionario, que es para población general, cuenta con 30 ítems de tipo dicotómico (F o V). Tiene una alta fiabilidad ya que presenta un alfa de Cronbach de .94.

Se utilizó la Escala de conducta asertiva para niños y niñas (CABS) (anexo 1.4) (Michelson, Sugai, Wood & Kazdin, 1987) para evaluar la conducta asertiva en concreto y conocer el estilo de relación (asertivo, inhibido o agresivo) desde la infancia y hasta la adolescencia. Se abordan cinco áreas: dar y recibir cumplidos, quejas, empatía, rechazar peticiones, iniciar, mantener y terminar conversaciones y según sus autores tiene una aceptable fiabilidad test-retest ($r = .87$). Se trabajó a partir de la adaptación de la escala realizada por Segura, Mesa y Arcas (1997). Hay adaptación para cuatro rangos de edad diferentes: 6-9 años, 10 a 11 años, 12 a 14 años y más de 15 años. Para ésta investigación se utilizó la adaptación de 12 a 14 años que consta de 25 ítems en los que se describe una situación interpersonal y se dan tres alternativas de respuesta;

una asertiva, una inhibida y una agresiva (Monjas , García, Elices, Francia & Benito, 2004).

Debido a la frecuente comorbilidad entre la ANS y los trastornos de la conducta alimentaria, se utilizó el *Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación Infantil* (ChEAT) (anexo 1.5) (Maloney MJ, et al., 1988) en su adaptación al español por Gracia y colaboradores (2008). Dicha prueba evalúa la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en edades de 8 a 13 años. Cuenta con 26 ítems con respuestas de tipo Likert dónde una puntuación superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA (Ministerio de Sanidad & Consumo, 2009). La prueba cuenta con una consistencia interna de .71-.87 (Maloney et al., 1988; De Gracia, et al., 2007).

Para evaluar las funciones de las conductas autolesivas, se utilizó una traducción del Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) (anexo 1.6) o *Entrevista de Ideas y Comportamientos sobre auto-lesión* (Nock et al., 2007). Dicha escala cuenta con cinco módulos que corresponden a cinco formas de autolesión. Debido a que no se tuvo acceso a una traducción validada en español, se realizó una traducción y se utilizó la prueba meramente como referencia para comparación por ítems y no en su forma de evaluación tradicional.

Para evaluar los tres factores que se asocian a la ANS, la emocionalidad, la auto-devaluación y la impulsividad se utilizaron las siguientes escalas:

Para evaluar regulación emocional se utilizó la *Escala de Dificultades de Regulación Emocional, DERS* (anexo 1.7) (Gratz & Roemer, 2004) fue construida para medir los componentes de la disregulación emocional dividido en 6 subescalas que son: la no aceptación, metas, impulso, conciencia, estrategia y claridad. La escala está compuesta por 36 ítems cuya modalidad de respuesta es de tipo Likert con 5 opciones

de respuesta que van de “casi siempre” a “casi nunca”. En una validación al castellano de esta prueba Hervas y Jodar (2008) se concluyó que el instrumento tiene muy buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de 0.93 y confiabilidad test-retest de 0.74. (Caycedo & Nova, 2010; Guzmán-González, Trabucco, Urzúa, Garrido, & Leiva, 2014; Herrera, Niño, Caycedo & Cortés, 2008).

Para evaluar factores de impulsividad se utilizó la *Escala de Impulsividad de Barrat* (BIS-11) (anexo 1.8). Ésta escala consta de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre) con relación a la presencia del patrón conductual. Está constituida por tres subescalas: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planificada. Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.77 (Salvo & Castro, 2013).

Finalmente, para evaluar la auto-devaluación, se utilizó la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (anexo 1.9). Dicha escala fue desarrollada por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Consta de 10 ítems divididos equitativamente en positivos y negativos y enfocados en los sentimientos de auto-respeto y auto-aceptación. Su modalidad de respuesta es de tipo Likert que va de 1= muy de acuerdo a 4= totalmente en desacuerdo (Morejón, García-Bóveda, & Jiménez, 2004). No se han encontrado estudios sistemáticos que hayan evaluado las propiedades psicométricas de la escala en Latinoamérica.

Diagnóstico estructural

Según el DSM V, L.J. presenta un caso de *Autolesión no Suicida* ya que cumple con todos los criterios diagnósticos los cuales se especifican a continuación:

(A) En el último año, el individuo, por 5 o más días, se ha involucrado en daño auto infringido intencional a la superficie de su cuerpo de modo que induzca sangrado, moretones, o dolor (ej. Cortarse, quemarse, apuñalarse, golpearse, rascarse en exceso),

con la expectativa de que la lesión lleve solamente a daño corporal leve o moderado (i.e. sin intento de suicidio).

(B) El individuo realiza el comportamiento autolesivo con uno o más de las siguientes expectativas: (1) para obtener alivio de sentimientos o estados cognitivos negativos, (2) para resolver una dificultad interpersonal, (3) para inducir un sentimiento o estado positivo.

(C) La autolesión intencional está asociada con al menos uno de los siguientes aspectos: (1) dificultades interpersonales o pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, angustia generalizada, o auto-criticismo, ocurriendo en el periodo inmediato previo al acto autolesivo, (2) previo a realizar el acto, un periodo de preocupación con el comportamiento intencionado que es difícil de controlar, (3) pensamientos sobre autolesión que ocurren con frecuencia, aun cuando no se lleva a cabo.

(D) El comportamiento no es socialmente sancionado (ej. perforaciones, tatuajes, parte de rituales religiosos o culturales) y no está prohibido intervenir con una costra o morderse las uñas.

(E) El comportamiento o sus consecuencias causa una angustia clínica significativa o interfiere en lo interpersonal, académico u otras áreas importantes del funcionamiento.

(F) El comportamiento no ocurre exclusivamente en episodios psicóticos, delirios, intoxicación de sustancias, o abstinencia de sustancias. En individuos con un desorden del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetidas. El comportamiento no se puede explicar mejor por otro desorden mental o condición médica (ej. trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad mental, síndrome de Lesh-Nyhan, trastorno de movimientos

estereotipados con autolesión, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo] y excoriación [trastorno de rascar la piel]) (In-Albon, Ruf, & Schmid, 2013).

Diagnóstico funcional

Factores predisponentes: La estructura familiar de L.J. es disfuncional. Sus padres se divorciaron a sus 3 años de edad y perdió gran contacto con él y la familia de él, sus figuras de autoridad actuales son tanto su madre, como su abuela materna, tía y pareja de la madre. Por otro lado, L.J. carece de estrategias efectivas y apropiadas para su regulación y liberación emocional, por lo que ha recurrido a la autolesión. De la mano con lo anterior, no tiene un control apropiado de impulsos. De igual manera, su baja autoestima y falta de asertividad, la han hecho también vulnerable al desarrollo de dichas conductas.

Factores desencadenantes: Debido a que los síntomas iniciaron en fechas posteriores y cercanas a que la pareja de la madre se fuera a vivir con ellas, y que por otro lado descubrió los motivos del divorcio y problemas de adicción de su padre, se considera que ambos factores tuvieron que ver con el inicio de la conducta autolesiva.

Factores de control: En la actualidad, L.J. recurre a las conductas autolesivas cuando tiene discusiones o frustraciones familiares y/o con amistades cercanas.

Situaciones Problema: La situación familiar tiene varios problemas: (1) la jerarquía de poder no es apropiada y reside en muchas personas, (2) la estructura familiar es disfuncional y difusa, (3) existe conflicto entre madre y padre, que priva a L.J. de sostener una relación con él, (4) la pareja actual de la madre incurre en ocasiones en un rol de padre aun siendo reciente su incorporación a la familia, (5) madre e hija sostienen una mala y distante relación, (6) las actitudes y rebeldías adolescentes de L.J. dificultan su participación y avance en terapia. Por otro lado, la autolesión se ha presentado en repetidas ocasiones en las piernas a través de cortes rápidos y

superficiales con diferentes navajas (ej. navajas de sacapuntas, exacto). Al lesionarse la paciente menciona sentir miedo de lastimarse de una manera más profunda y peligrosa, pues no tiene intenciones suicidas. La conducta solía presentarse 3 veces por semana aprox., pero no se ha vuelto a dar desde el inicio de la terapia, con excepción de una ocasión en que se lastimó con la varilla de un brasier de la misma manera que lo hacía con navajas, más sin ocasionar heridas ni sangrado.

Factores de mantenimiento: El alivio emocional que surge seguido de la conducta autolesiva es el principal factor de mantenimiento. La relación conflictiva con la madre y la presencia de la nueva pareja, ambos son factores que a su vez, mantienen la conducta.

Debido a la relevancia que tiene la situación familiar en la presencia de las conductas, se trabajó primero con terapia familiar entre la madre y la hija para superar y perdonar heridas del pasado, mejorar su comunicación y muestras de afecto en la actualidad y conseguir un acuerdo en los temas de relevancia actuales como la pareja de la madre y el involucramiento de la familia paterna en la vida de L.J., ya que así ella lo desea. Seguido de la terapia familiar, se trabajará en individual con L.J. en técnicas de manejo del estrés y reestructuración cognitiva entre otras, para brindarle nuevos recursos con los que pueda regular sus emociones de manera efectiva y cambiar patrones disfuncionales de pensamiento.

Procedimiento

La terapia se llevó a cabo en una cámara Geselle dentro de la clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el municipio de Monterrey, Nuevo León. Se trabajó con una serie de técnicas de terapia Cognitivo Conductual para conductas autolesivas y terapia familiar.

Etapa 1: Terapia Familiar	
Sesión	Técnicas empleadas
1	Entrevista para conductas autolesivas y análisis funcional de la conducta problema.
2	Entrevista para conductas autolesivas.
3	Evaluación con pruebas psicométricas.
4	Evaluación con pruebas psicométricas. Entrevista estructural a la familia.
5	Entrevista estructural a la familia. Entrevista con la paciente y con su madre.
6	Entrevista madre-hija. Utilización de preguntar circulares.
7	Psicoeducación a la madre sobre la relación entre la disfunción familiar y las conductas autolesivas. Psicoeducación a L.J. sobre la vida en pareja y necesidades de intimidad en adultos.
8	Se habló de Cristian, la pareja de la madre, se negociaron y discutieron situaciones problema referentes a él.
9	Se negociaron temas importantes como la relación con los abuelos paternos y algunos permisos importantes para la paciente.
10	Se habló con L.J. sobre su padre, la relación que lleva con él, la que quisiera llevar, la realidad sobre él en la actualidad y lo que no quisiera de él.
Etapa 2: Terapia Cognitivo-Conductual Individual	
Sesión	Técnicas empleadas
1	Se habló sobre los avances conseguidos y se hizo un ejercicio de empoderamiento con base en el principio 90/10.
2	Se dio una psicoeducación sobre el tema de “Mindfulness” y se practicó la técnica de meditación por enfoque en la respiración.
3	Se realizó una psicoeducación sobre la reestructuración cognitiva.
4	Se llevó a cabo una reestructuración cognitiva con base en las pruebas, y se trabajó con la metáfora del árbol.
5	Se concluyó con la reestructuración cognitiva y se llevó a cabo la psicoeducación sobre las emociones y la regulación emocional.
6	Se profundizó en la regulación emocional al aceptar las emociones buenas y malas como adaptativas.
7	Identificar los factores de vulnerabilidad (dormir mal, no hacer ejercicio, mala

	alimentación etc.), ver estrategias para tolerar al frustración, crear distractores para regular las emocionales (hacer alguna actividad y meditar, incrementar actividades placenteras, conciencia de emociones positivas, plantear metas) Plan de acción (actividades placenteras y distracción).
8	Psicoeducación Solución de problemas, psicoeducación Asertividad y discutir ejemplos y plan de acción.
9	Se habló sobre el perdón y se aplicó la batería de pruebas para re-evaluar.
10	Cierre y prevención de recaídas, entrega de “amuleto protector” y carta de cierre.

Aspectos éticos

Cómo consideraciones éticas se prevé para la investigación estar en acuerdo con el paciente y sus tutores sobre la forma de trabajo durante la terapia, las políticas de cámara Geselle y la participación de un equipo terapéutico en la terapia. Se ha solicitado la participación activa del paciente y sus familiares, siempre sin imponer u obligar a ninguna actividad. Finalmente, se guardará absoluta confidencialidad de la identidad de la participante.

Capítulo IV. Resultados

A continuación se plasman los resultados de la batería de pruebas aplicadas previo y posterior a la terapia. El Cuestionario de Actitudes Ante la Alimentación Infantil (ChEAT), la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) no se mencionan a en los resultados debido a la ausencia de resultados significativos desde la evaluación inicial.

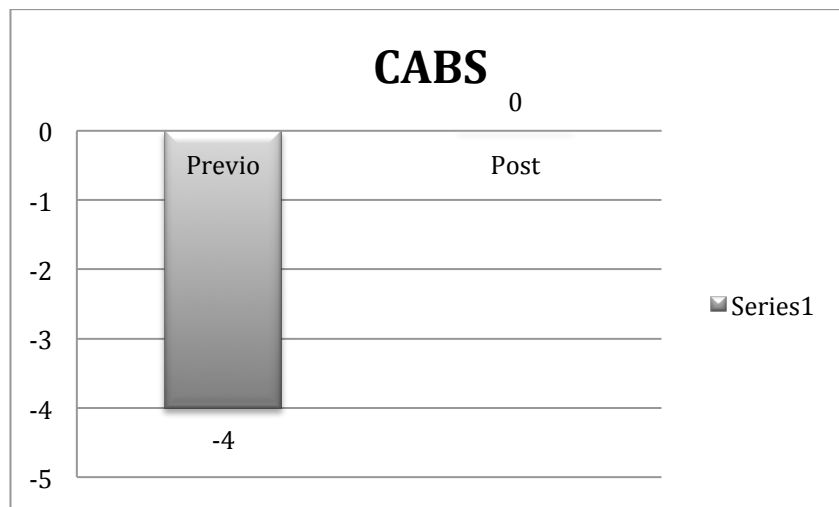


Figura 1. Resultados pre y post de la escala de conducta asertiva para niños

En la gráfica anterior puede notarse una calificación inicial de -4, lo que en función del nivel de asertividad, representa una conducta ligeramente inhibida ya que las puntuaciones totales de ésta escala oscilan entre el -25 que es la máximo inhibición y el 25 que representa conductas agresivas. En la segunda aplicación se observa un puntaje de 0, lo que representa una conducta asertiva.

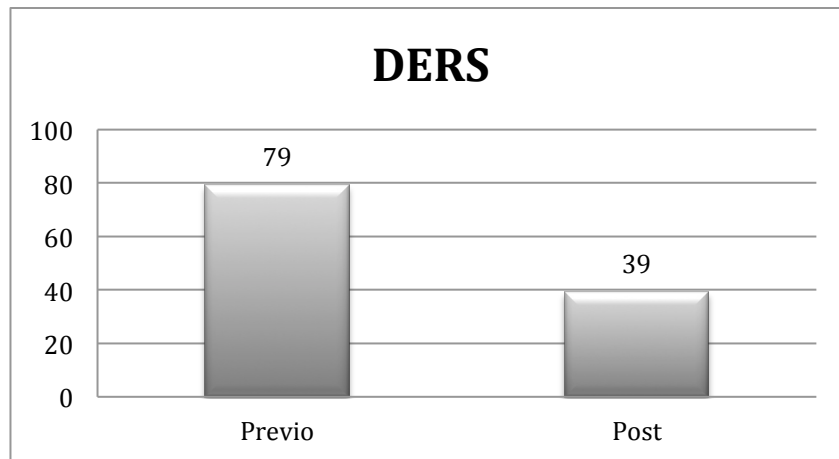


Figura 2. Resultados pre y post de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

En la figura 2 se muestra el resultado de la escala DERS, dónde se obtuvo una puntuación inicial de 79, lo que representa un nivel medio de dificultades en la regulación emocional. En la segunda aplicación, se obtiene una puntuación de 39 que refiere a una muy buena regulación emocional. Lo anterior puesto a que las puntuación de la prueba oscilan entre los 36 y 180 puntos, dónde el 39 se acerca una puntuación mínima.

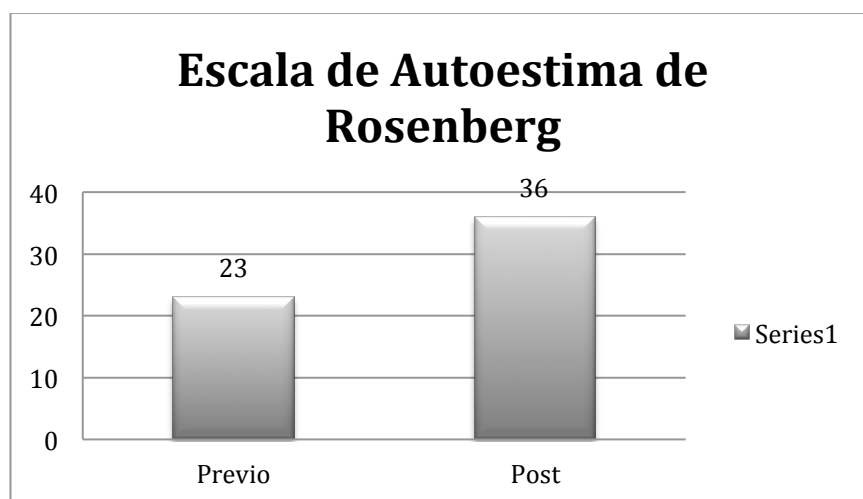


Figura 3. Resultados pre y post de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

En la figura anterior se puede observar una puntuación de 23 en la prueba inicial; dicha puntuación representa una autoestima baja, pues se considera que un

puntaje menor a 25 es bajo, entre 26 y 29 es medio y entre 30 y 40 es elevado. En función de lo anterior es que se puede ver una autoestima elevada en la segunda aplicación de la prueba.

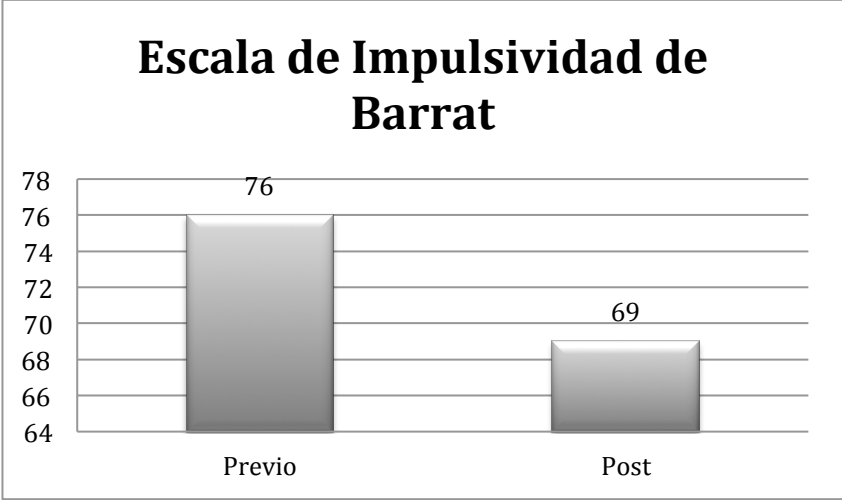


Figura 4. Resultados pre y post de la Escala de Impulsividad de Barrat.

En la figura 4 se muestra la puntuación obtenida es la escala de impulsividad. En la aplicación inicial se obtuvo una puntuación de 76 dónde el puntaje mínimo es de 30 y el máximo es de 120. Por lo anterior la puntuación obtenida sitúa a la paciente en un nivel medio de impulsividad. En la segunda aplicación se puede ver un decremento de 7 puntos en la puntuación, lo que refiere a una mejora en el control de impulsos.

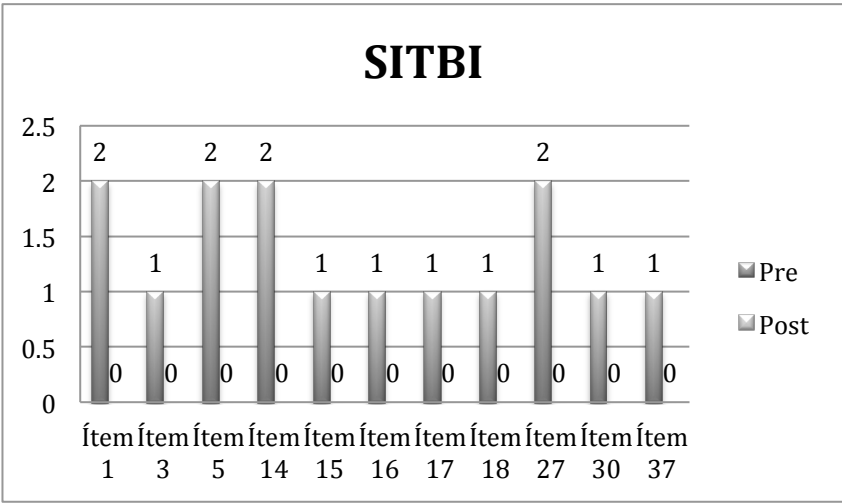


Figura 5. Resultados pre y post del Inventario de Declaraciones sobre Autolesión.

En la figura anterior se presentan los ítems de la prueba SITBI que puntuaron 1 o 2 en una escala likert del 0 al 2 en la aplicación inicial. La escala cuenta con 37 ítems de los cuales sólo 11 tuvieron puntuaciones por encima del 0. Los ítems 1, 5, 14 y 27 que tuvieron la puntuación más elevada todos están relacionados con la función de liberar emociones negativas, reducir ansiedad y conseguir alivio, lo que habla de la principal función de la conducta de la px. Los ítems 3, 15, 16, 17, 18, 30 y 37 se relacionan con expresión de autodevaluación, y la expresión de la angustia emocional, que son otros elementos funcionales, aunque no los principales, de la conducta autolesiva. En la segunda aplicación, todos los ítems puntuaron con 0, lo que indica que al no haber funciones de dichas conductas, ya no existe un comportamiento autolesivo.

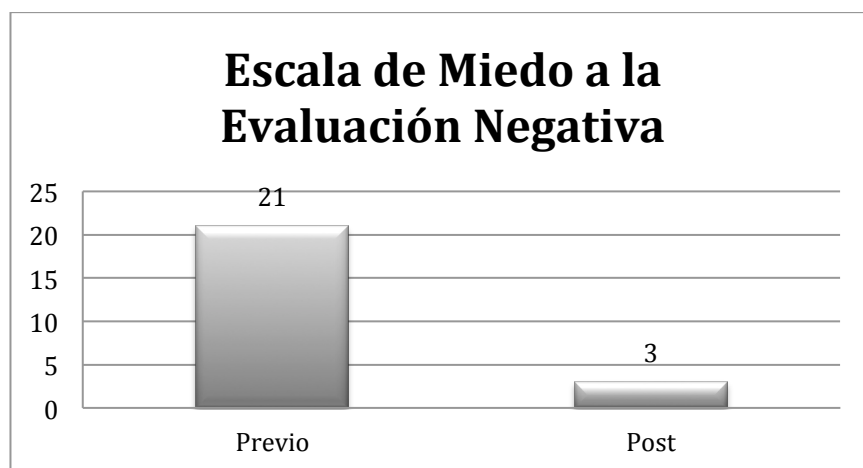


Figura 6. Resultados pre y post de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa.

En la figura 6 se muestra la puntuación obtenida en las evaluaciones de la FNE. En la evaluación inicialmente se obtuvo una puntuación de 21, donde un puntaje por encima del 19 representa un miedo a la evaluación elevado. En la segunda aplicación, se obtuvo una puntuación de 3, que se encuentra 18 puntos por debajo de la anterior y muy por debajo del 19 (referente de puntuación elevada).

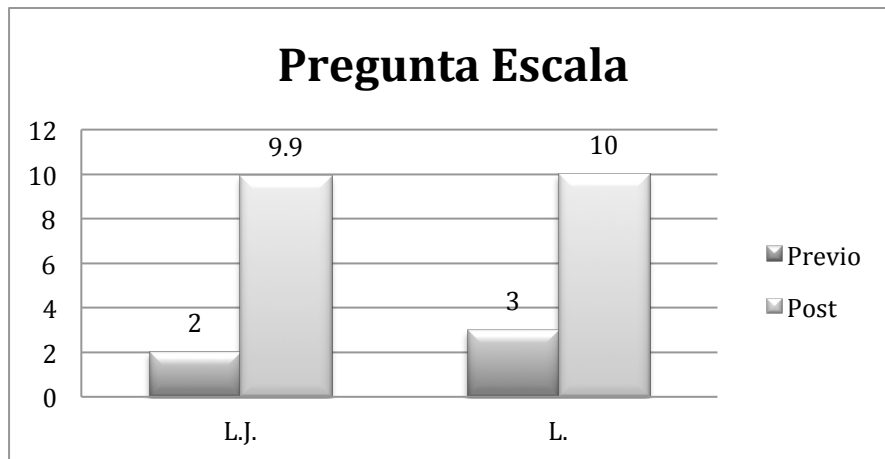


Figura 8. Resultados pre y post de la Pregunta Escala.

En la figura anterior se puede ver el pre y post de las preguntas escalas iniciales tanto para L. J. como para su madre L., quién ha sido tomada en cuenta ya que formó parte del proceso terapéutico. L. J. comenzó en un 2 y en la sesión de cierre puntuó en un 9.9 (debido a la nostalgia de terminar dicho proceso), mientras que L. J. inició en un 3 y finalizó con un 10, lo que habla de una percepción de gran mejora por parte de las dos participantes.

Capítulo V. Discusión y Conclusión

Discusión

La batería de pruebas aplicada a la paciente se seleccionó en función de lo que se ha considerado los principales elementos presentes en los casos de conductas autolesivas: la emocionalidad, la auto-devaluación y la impulsividad (Klonsky et al., 2011). De igual manera, se aplicaron escalas de asertividad, depresión, ansiedad y conductas alimentarias, ya que con frecuencia se han visto como factores asociados, de riesgo o comórbidos en la presencia de conductas autolesivas (Klonsky et al., 2011; Nock, 2009).

En la mayoría de las escalas anteriormente mencionadas se obtuvieron puntuaciones significativas en la aplicación inicial, lo que concuerda con lo mencionado en las bases teóricas utilizadas. Las escalas que no arrojaron resultados significativos fueron las relacionadas a trastornos comórbidos como la depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.

Lo anterior habla de una ausencia en comorbilidad con otros trastornos psicológicos comunes en dichos casos. Sin embargo, específicamente en cuanto a la ansiedad, aunque no se encontró presencia de un trastorno específico, sí se pudo encontrar unos niveles elevados de ansiedad reflejado en miedos intensos a la evaluación negativa (según la escala FNE, ver Anexo 1.3).

Según la teoría, lo mencionado anteriormente ha sido ya identificado puesto que la ANS se asocia con alienación y aislamiento social, desconfianza e inseguridades sociales así como atribuciones desadaptativas a diversas experiencias sociales estresantes (Castille et al., 2007; Guerry et al., 2010; Ross et al., 2009).

Por otro lado, se considera que los métodos terapéuticos utilizados (terapia familiar sistémica y terapia cognitivo-conductual) para el tratamiento de las conductas

autolesivas fue adecuado y exitoso ya que en todas las pruebas aplicadas se obtuvieron mejoras significativas; lo que concuerda con lo encontrado en estudios e investigaciones previas (Muehlenkamp, 2006; Walsh, 2006).

Conclusiones

Dentro del proceso terapéutico, se pueden notar cambios importantes en la situación problemática. Primero que nada, debido a la nueva fuente de apoyo que representó la terapia, se vio un decremento inicial en la frecuencia de las conductas autolesivas y en la única ocasión que se presentó una situación de autolesión, se utilizó un método menos dañino.

Por otro lado, en cuanto al trabajo familiar, que representó la primera fase del proceso terapéutico, se pudieron ver importantes avances en el cambio de actitud, disposición y participación activa de las partes involucradas. Lo anterior representó un gran cambio en la dinámica familiar puesto que anteriormente se daba poca importancia a las necesidades afectivas de la paciente y en la actualidad representan un elemento importante y meritorio de atención.

Durante la segunda fase de la terapia, se logró profundizar y consolidar los cambios obtenidos. Además de las evidencias obtenidas según la batería de pruebas, tanto L. como L. J. mencionan notar cambios sumamente importantes en sus vidas.

Es importante resaltar, que desde que se concluyó con la fase 1 de la terapia, no se presentaron más incidentes de conductas autolesivas, aunque la tentación seguía presente. Durante la segunda fase L. J. dejó de percibir la necesidad de recurrir a estrategias autolesivas para manejar sus emociones negativas.

El autoconocimiento, empoderamiento y el aprendizaje de diversas estrategias y recursos para el manejo emocional como la meditación y la regulación emocional, suplieron por completo la necesidad de estrategias autolesivas para la paciente. Todo lo anterior, son un compendio de técnicas que se habían empleado ya con éxito en otros países, pero fue la primera vez que se uso dicho repertorio en México y obteniendo resultados sumamente favorables.

Es importante aclarar que el trabajo con empoderamiento fue un elemento añadido a la terapia como un complemento, aunque no fue estudiado como tal; sin embargo, se vieron cambios positivos trabajando con dichos elementos que ameritarían una investigación más profunda.

Referencias

- Alfonso, M. & Kaur, R. (2012). Self-Injury Among Early Adolescents: Identifying Segments Protected and at Risk* Self-Injury Among Early Adolescents: Identifying Segments Protected and at Risk. *Journal Of School Health*, 82(12), 537-547.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayer, T., Berk, B. & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Bernard, D. S. (2011). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. México: Sierra Fría 220.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., & Howlett, B. (2007). The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 58-71.
- Caycedo, C. & Nova, M.M. (2010). Entrenamiento en mindfulness en madres de familia su relación con regulación emocional. *Pontificia Universidad Javierana*.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2013). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (1st ed., pp. 3-7). Springer Science & Business Media.
- Claes, L., Fagundo, A. B., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Giner-Bartolome, C., Granero, R., ... & Fernandez-Aranda, F. (2015). Is Non-suicidal Self-injury

- Related to Impulsivity in Anorexia Nervosa? Results from Self-report and Performance-based Tasks. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 28-33.
- Congreso del Estado de Nuevo León. (2016, Abril 4). PIDE PROGRAMAS CONTRA AUTOLESIONES EN ESCUELAS. Retrieved May 02, 2016, from http://www.hcnl.gob.mx/sala_de_prensa/2016/04/pide_programas_contra_autoleSIONES_en_escuelas.php
- De Gracia, M.; Marcó, M. & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19 (4), 646-653.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2001). Problem solving therapies. En K. Dobson (Ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (2da ed.) (pp. 211–245). Nueva York: Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Dobson, K. S. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies, third edition*. (3era ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2010). The functions of nonsuicidal self-injury: Support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel psychophysiological paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 850–862.
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalvo.
- Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2009). Social context during nonsuicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.
- Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and*

Behavioral Assessment, 26, 41-54. doi: 10.1023/B:J
OBA.00000007455.08539.94

- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89.
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*, 32(1), 19-29.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Herrera, J., Niño, MV., Caycedo, C., Cortes, O (2008). Tesis no publicada. Validación de la Escala de Disregulación Emocional en universitarios bogotanos.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Hoff, E. R., & Muehlenkamp, J. J. (2009). Nonsuicidal Self-Injury in College Students: The Role of Perfectionism and Rumination. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(6), 576-587.
- In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry journal*, 2013. doi:10.1155/2013/159208
- Ioanas, H. (2013). A Brief Overview of Pain Processing and Research-Relevant Conditions. *Interdisciplinary Centre for Neurosciences*, 1-5.

- Keenan, K., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Wroblewski, K. (2014). Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and psychopathology*, 26(03), 851-862.
- Klonsky E.D. & Olino T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults : a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 22–27.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography, and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981–1986.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). Nonsuicidal self-injury: Advances in psychotherapy. Massachusetts: Hogrefe Publishing.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of deliberate self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research* 166, 260-268.
- Klonsky, E.D., Olthmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical populations: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.

- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 565.
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory. *Multi-Health Systems, Inc.* Canadá. Pp.101
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2000). Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes. In R. W. Maris, S. S. Cannetto, J. L. McIntosh, & M. M. Siverman (Eds.), *Review of Suicidology*, (pp. 84–111). New York, NY: Guilford Press.
- Maloney, M.J.; McGuire, J.B. & Daniels, S.R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Michelson, D. & Bhugra, D. (2012). Family environment, expressed emotion and adolescent self-harm: A review of conceptual, empirical, cross-cultural and clinical perspectives. *International Review Of Psychiatry*, 24(2), 106-114.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., y Kazdin, A. E. (1987). Las habilidades sociales en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria: Versión resumida*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Monjas , M., García, B., Elices, J., Francia, M., & Benito M. (2004). Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia. *Memoria de investigación*. Recuperado el, 5.

- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Nitowski D. & Petermann F. (2011) Nonsuicidal-self-injury: characteristics, assessment and risk factors. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 61:6-15.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? new insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 309-317.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior therapy*, 39(2), 107-116.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 72, 885–890.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 140.
- Robins, C.J., Ivanoff, A.M., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavioral Therapy. En W.J., Livesley. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 437-459). Nueva York: Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1965). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83.
- Salvo G.L., & Castro S.A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. Recuperado en 05 de mayo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272013000400003.
- Segura, M., Mesa, J. R. y Arcas, M. (1997). Programa de competencia social Decide tú (A,B,C) y Habilidades Cognitivas. Educación Primaria. Materiales Curriculares Innova. Canarias. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.
- Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional Cascades and Self-Injury: Investigating Instability of Rumination and Negative Emotion. *Journal of clinical psychology*, 69(12), 1213-1227.

- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Stetka, B., & Correll, C. (2013). A Guide to DSM-5. *Medscape Psychiatry*. Recuperado de, http://www.medscape.com/viewarticle/803884_15
- The Linehan Institute. (1996). What is DBT? Recuperado en November 7, 2015, de <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>
- Ulloa, R. E., Contreras, C., Paniagua, K. & Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud mental*, 36(5), 421-427.
- Victor, S. & Klonsky, E.D. (2014). Daily Emotion in Non-Suicidal Self-Injury. *Journal Of Clinical Psychology*, 70(4), 364-375.
- Walsh, B. W. (2006). Treating self-injury: A practical guide. New York: The Guilford Press.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-8.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 371-385.
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117, 1939–1948.

Anexos

Anexo 1.1

INVENTARIO C.D.I.

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

NOMBRE Y APELLIDO..... EDAD:.....FECHA

.....

VIVES CON: Papá () Mamá () Hermanos () Abuelos () Otros

() Especifica.....

INSTRUCCIONES:

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido o que has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una “X” en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

1	A. Rara vez me siento triste		2	A. Las cosas me van a salir bien	
	B. Muchas veces me siento triste			B. No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien	
	C. Me siento triste todo el tiempo			C. Nada me va a salir bien	
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien		4	A. Muchas cosas me divierten	
	B. Hago muchas cosas mal			B. Me divierten algunas cosas	
	C. Todo lo hago mal			C. Nada me divierte	
5	A. Raras Veces soy malo(a)		6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas	
	B. Soy malo(a) muchas veces			B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas	
	C. Soy malo(a) todo el tiempo			C. Estoy seguro(a) que me pasarán cosas terribles	
7	A. Me gusto a mí mismo(a)		8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas	
	B. No me gusto a mí mismo(a)			B. Tengo la culpa de muchas cosas malas	
	C. Me odio a mí mismo(a)			C. Tengo la culpa de todas las cosas malas	
9	A. Nunca he pensado en matarme		10	A. Rara vez tengo ganas de llorar	
	B. A veces pienso en matarme pero no lo haría			B. Muchos días me dan ganas de llorar	
	C. Quiero matarme			C. Siento ganas de llorar todos los días	
11	A. Rara vez me molesta algo		12	A. Me gusta estar con otras personas	
	B. Las cosas me molestan muchas veces			B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas	
	C. Las cosas me molestan todo el tiempo			C. Yo no quiero estar con otras personas	
13	A. Me decido fácilmente por algo cuando quiero		14	A. Me veo bien	
	B. Es difícil para mí decidirme por algo			B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia	

	C. No puedo decidirme por algo			C. Me veo horrible	
15	A. Hacer las tareas del colegio no es problema para mí		16	A. Duermo muy bien	
	B. Me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio			B. Varias noches tengo problemas para dormir	
	C. Siempre me cuesta mucho hacer las tareas del colegio			C. Todas las noches tengo problemas para dormir	
17	A. Rara vez me siento cansado		18	A. Como muy bien	
	B. Muchos días me siento cansado(a)			B. Varios días no tengo ganas de comer	
	C. Todo el tiempo me siento cansado(a)			C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer	
19	A. No me preocupan dolores ni enfermedades		20	A. No me siento solo(a)	
	B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades			B. Muchas veces me siento solo(a)	
	C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades			C. Todo el tiempo me siento solo(a)	
21	A. Siempre me divierto en el colegio		22	A. Tengo muchos amigos	
	B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio			B. Tengo amigos pero quisiera tener más	
	C. Nunca me divierto en el colegio			C. No tengo amigos	
23	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno		24	A. Soy tan bueno como otros alumnos	
	B. Mi rendimiento en el colegio no tan bueno como antes			B. Puedo ser tan bueno como otros, si quisiera	
	C. Mi rendimiento en el colegio es muy malo			C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos	
25	A. Estoy seguro(a) que hay personas que me quieren		26	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen	
	B. No estoy seguro(a) si alguien me quiere			B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen	
	C. Nadie me quiere realmente			C. Nunca hago caso en lo que me dicen	
27	A. Me llevo bien con los demás				
	B. Muchas veces me peleo con los demás				
	C. Todo el tiempo me peleo con los demás				

Anexo 1.2

ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE

NOMBRE.....

FECHA.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
2. Me da miedo la oscuridad..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
4. Tengo miedo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
6. Me da miedo hacer un examen..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
15. Me da miedo dormir solo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
17. Soy bueno en los deportes..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
18. Me dan miedo los perros..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy

- fuerte..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
26. Soy una buena persona..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques)..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
31. Me siento feliz..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
38. Me gusta como soy..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas)..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?
☐ Si ☐ No
Escribe qué es.....
¿Con qué frecuencia te pasa?..... ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muchas veces ☐ Siempre

Anexo 1.3

ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNES)

Por favor, contesta si estás de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones utilizando el siguiente código:
Verdadero = V Falso = F

1. Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás.	V	F
2. Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema.	V	F
3. Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/ evaluando.	V	F
4. No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí.	V	F
5. Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social.	V	F
6. Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad.	V	F
7. Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería.	V	F
8. Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran.	V	F
9. Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos.	V	F
10. La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí.	V	F
11. Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor.	V	F
12. Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona.	V	F
13. Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta.	V	F
14. Me da miedo que la gente me critique.	V	F
15. Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan.	V	F
16. No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien.	V	F
17. Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí.	V	F
18. Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme?	V	F
19. Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar.	V	F
20. Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí.	V	F
21 Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí.	V	F
22. Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena.	V	F
23. Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí.	V	F
24. A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí.	V	F
25. A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones.	V	F
26. A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí.	V	F
27. Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí.	V	F
28. A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí.	V	F
29. Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí.	V	F
30. Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes.	V	F

Anexo 1.4

ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA

para chicos y chicas de 12 a 14 años (*)

Nombre Fecha.....

En cada una de las siguientes preguntas hay tres respuestas señaladas con las letras a, b y c. Tú has de elegir una de las tres respuestas, solo una, la que más se parezca a lo que tú harías o dirías en esa situación. Ten en cuenta que: o si la respuesta va entre comillas, es algo que dirías o si no lleva comillas, es algo que harías. No escribas nada en este cuadernillo. Escribe en la Hoja de Respuestas poniendo una cruz en la columna que corresponda. Se sincera (sincero) y contesta lo que sueles hacer o decir. Si tienes alguna duda, levanta la mano para que te ayuden.

1. Un compañero o compañera me dice que soy muy simpático (simpática).
 - a) «Gracias».
 - b) Me pongo colorado (colorada) y no digo nada.
 - c) «Gracias, siempre soy así de simpático (simpática)».
2. Una compañera o compañero de clase ha hecho algo muy bien.
 - a) Quiero felicitarle, pero no me atrevo.
 - b) «Está bien, pero el del otro compañero/a está mejor».
 - c) «¡Qué bien te ha salido!».
3. Estoy haciéndome una careta para disfrazarme y un compañero/a me dice que no le gusta.
 - a) «¡Siento que no te guste, a mí sí me gusta!».
 - b) «¿Y qué pasa si no te gusta? No es para ti».
 - c) Me quedaría cortado/a y no sabría qué decirle.
4. Mi mejor amigo/a se ha olvidado de traerme los apuntes que le había prestado y que necesito para hacer el trabajo de clase.
 - a) «No importa, no me hacen falta» (aunque los necesites).
 - b) «¡Siempre te olvidas de todo! Ya no te vuelvo a prestar nada».
 - c) «Hombre, es que los necesito ahora, ¿no puedes ir a buscarlos, ya que tu casa no está lejos?».
5. Quedo con un amigo/a para ir al cine. Llega media hora tarde y no me da ninguna explicación.
 - a) «No está bien que me hayas hecho esperar tanto y ni siquiera te disculpes».
 - b) No le digo nada, no me atrevo.
 - c) Entro al cine enfadado y paso de él/ella.
6. Necesito que alguien me haga un favor.
 - a) «¿Puedes hacerme un favor?» y le explico lo que quiero.
 - b) Le insinúo que necesito que me haga un favor.
 - c) Le obligo a que me lo haga.
7. Sé que mi amigo/a está preocupado/a porque su madre (padre) está enferma (enfermo).
 - a) «Pareces preocupado (preocupada), ¿puedo ayudarte en algo?».
 - b) Estoy con él/ella pero no le digo nada.
 - c) «¿Qué diablos (u otra palabrota) te pasa?».
8. Me invitan a una fiesta de cumpleaños y no tengo dinero para comprar un regalo y llevarlo. Un amigo (una amiga) me dice: ¿estás preocupado (preocupada)?
 - a) «Sí, es que no tengo dinero para comprar el regalo».
 - b) «No es nada».
 - c) «Estoy mal, déjame en paz».
9. Un amigo o amiga me acusa de haberle robado el reloj y no es cierto.
 - a) «No fui yo quien lo cogió: no se debe acusar a nadie, si uno/a no está seguro/a».
 - b) «¡No he sido yo, imbécil!».
 - c) «¿Por qué dices eso?».

10. Alguien me pide que me escape con él/ella de clase.
- a) Me voy con él/ella sin ganas y no digo nada.
 - b) «¡Déjame en paz y haz el idiota tú solo/a!».
 - c) «¿Por qué quieres escaparte? Explícamelo».
11. Alguien me felicita por algo que he hecho muy bien.
- a) No me atrevo a decirle nada.
 - b) «¡Sí, soy un genio!».
 - c) «Gracias».
12. Alguien ha sido muy amable conmigo.
- a) «Has sido muy bueno (buena) conmigo, gracias».
 - b) Sólo le doy las gracias, sin decirle por qué, tímidamente.
 - c) «Me has tratado bien, pero me merezco un poco más».
13. Voy en el autobús con mis amigos/as y llevo la radio a toda marcha y un chico/a me dice: perdona, ¿podrías bajar el volumen?
- a) Apago la radio asustado/a.
 - b) «¡Mira tú el tío (la tía) este (esta): si te molesta, te aguantas!».
 - b) Le digo que perdone y bajo el volumen.
14. Estoy haciendo cola y alguien se cuela delante de mí.
- a) Hago comentarios en voz baja, como por ejemplo: «algunas personas tienen mucha cara», sin decir nada directamente a esa persona.
 - b) «¡Vete al final de la cola, imbécil!».
 - c) «Nosotros/as estamos antes: por favor, vete al final de la cola».
15. Alguien me pone un mote que me molesta bastante.
- a) «Yo no me llamo así; no me lo vuelvas a decir».
 - b) Lo miro serio/a, pero no le digo nada.
 - c) «Como me lo vuelvas a decir, te la ganas».
16. Alguien tiene algo que yo quiero utilizar.
- a) No se lo pido y me quedo sin usarlo.
 - b) Se lo quito.
 - c) Se lo pido por favor.
17. Alguien me pide que le preste algo mío, pero es nuevo y no quiero prestarlo.
- a) «Mira, es nuevo y no quiero prestarlo; tengo miedo de que se rompa».
 - b) «No me hace mucha gracia prestarlo, pero puedes cogerlo».
 - c) «¡No, cómprate uno!».
18. Unos/as chicos/as están hablando de una película que a mí me gusta mucho y yo también quiero dar mi opinión.
- a) Me acerco al grupo y participo en la conversación cuando tengo oportunidad de hacerlo.
 - b) Me acerco al grupo y espero sin decir nada.
 - c) Interrumpo y doy mi opinión.
19. Estoy haciendo un dibujo y alguien me pregunta: ¿qué haces?
- a) Continúo dibujando y no me atrevo a decir nada.
 - b) «¿Y a ti qué te importa?».
 - c) Dejo un momento de dibujar, le explico lo que estoy haciendo y le enseño el dibujo.
20. Veo cómo alguien tropieza y cae al suelo.
- a) Me río y digo: «¿por qué no miras por dónde vas?»
 - b) «¿Te has hecho daño?» y le ayudo a levantarse.
 - c) No hago nada, por timidez.
21. Me golpeo la cabeza con una estantería y me duele. Alguien me dice: «¿estás bien?»
- a) «Estoy bien, ¡déjame en paz!».
 - b) «Me he dado un golpe; gracias por preguntarme».
 - c) «No es nada».
22. Rompo un cristal jugando a la pelota y culpan a otra persona.
- a) «No, no lo ha roto él/ella; fue culpa mía».

- b) «Me parece que él/ella no fue».
 - c) «¡Qué mala suerte tienes!».
23. Alguien me ha insultado.
- a) No le digo nada, pero en mi cara se ve que estoy ofendido/a.
 - b) Le insulto yo también.
 - c) «No me gusta que me insulten: no vuelvas a hacerlo».
24. Me encuentro en la playa con la chica (el chico) que me gusta y quiero acercarme y hablarle.
- a) La llamo (lo llamo) a gritos y le digo que se acerque.
 - b) Voy hacia ella (él) y empiezo a hablarle.
 - c) No hago ni digo nada.
25. Alguien a quién no conozco me para en la calle y me dice «¡hola!».
- a) «¿Qué (aquí una palabrota) quieres?».
 - b) «¡Hola!, ¿quién eres?, ¿nos conocemos?»..
 - c) Digo «¡hola!» en voz baja y me voy.

Anexo 1.5

CHEAT-26

Por favor indique con que frecuencia se pueden aplicar en usted las siguientes afirmaciones.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
3. Pienso en comida continuamente.						
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto la comida en trozos pequeños.						
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.						
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.						
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo en comer más que las otras personas.						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17. Noto que los demás me presionan para que coma.						
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
20. Me comprometo a hacer régimen.						
21. Me gusta sentir el estómago vacío.						
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.						
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						
24. Como alimentos de régimen.						
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
26. Me controlo en las comidas.						

Anexo 1.6

INVENTARIO DE DECLARACIONES SOBRE AUTO-LESIÓN - SECCIÓN I. COMPORTAMIENTOS

Éste cuestionario pregunta sobre una variedad de conductas auto-lesivas. Por favor sólo marque el comportamiento si lo ha hecho intencionalmente (i.e., adrede) y sin intención de conseguir el suicidio (i.e., sin afán de suicidarse).

1. Por favor estime el número de veces en su vida que de manera intencional ha llevado a cabo cada tipo de forma de autolesión.

Cortarse	___	Rascarse intensamente	___
Morderse	___	Golpearse	___
Quemarse	___	Interferir con la sanación de heridas	___
Escarbarse???	___	Rozar la piel contra superficies rough?	___
Pellizcarse	___	Enterrarse agujas	___
Jalarse el pelo	___	Tragar sustancias peligrosas	___
Otra _____	___		

Importante: Si ha realizado una o más de los comportamientos listados anteriormente, por favor completa la parte final del cuestionario. Si no ha realizado ninguno de los comportamientos listados anteriormente, ha terminado con este cuestionario en particular y debería continuar con el siguiente.

2. Si considera que tiene un método principal de autolesión, por favor circule el/los comportamiento(s) en la parte superior que considera su principal modo de autolesión.

3. A que edad:

Se lesionó por primera vez? _____

Se ha lesionado más recientemente? (fecha aproximada dd/mm/aa) _____

4. ¿Experimenta usted dolor físico mientras se auto-lesiona?

Por favor circule una opción: SI ALGUNAS VECES NO

5. Cuándo se auto lesiona, ¿se encuentra solo(a)?

Por favor circule una opción: SI ALGUNAS VECES NO

6. Típicamente, cuánto tiempo transcurre desde el momento en que tiene el impulso (necesidad) de auto-lesionarse hasta que lo hace?

Por favor circule una opción:

Menos de 1 hora

1-3 horas

3-6 horas

6-12 horas

12-24 horas

más de un día

7. ¿Has querido dejar de auto-lesionarte? (mientras estás llevando a cabo la conducta)

Por favor circule una opción:

SI

NO

Inventario de declaraciones sobre Auto-lesión - Sección II. Funciones

Instrucciones. Éste inventario fue escrito para ayudarnos a entender mejor las experiencias de auto-lesión no suicida. A continuación hay una lista de declaraciones que pueden o no ser relevantes a tu experiencia e auto-lesión. Por favor identifica las declaraciones que son más relevantes para ti.

- Circula 0 si la declaración **no es nada relevante** para ti
- Circula 1 si la declaración **es algo relevante** para ti
- Circula 2 si la declaración **es totalmente relevante** para ti

Cuándo me auto-lesiono, lo hago para...

Respuesta

1. ...calmarme a mi mismo	0	1	2
2. ...crear una barrera entro los demás y yo	0	1	2
3. ...castigarme a mi misma	0	1	2
4. ...cuidarme a mi mismo (atendiendo una herida)	0	1	2
5. ...causarme dolor para no sentirme entumida	0	1	2
6. ...evitar el impulso de suicidarme	0	1	2
7. ...generarme emoción y excitación	0	1	2
8. ...simpatizar con mis compañeros	0	1	2
9. ...hacerles saber a los demás que tengo un dolor emocional	0	1	2
10. ...ver si puedo tolerar el dolor	0	1	2
11. ...crear una señal física de que me siento terrible	0	1	2
12. ...Castigar a alguien	0	1	2
13. ...asegurarme que soy suficientemente bueno	0	1	2
14. ...Liberar presión emocional que se ha acumulado en mi	0	1	2
15. ...Demostrar que estoy separada de otras personas	0	1	2
16. ...expresar enojo hacia mi mismo por ser estúpida y no valer nada	0	1	2
17. ...crear una lesión física que sea más fácil de atender que mi angustia emocional	0	1	2
18. ...intentar sentir algo (contrario a no sentir nada) aunque sea dolor físico	0	1	2
19. ...responder a ideas suicidas sin intentar suicidarme como tal	0	1	2
20. ...entretenerme a mi mismo o a otros al hacer algo extremo	0	1	2

21. ...para ser aceptado por otros	0	1	2
22. ...buscar cuidado o ayuda de otras personas	0	1	2
23. ...demostrar que soy rudo o fuerte	0	1	2
24. ...comprobarme a mi mismo que mi dolor emocional es real	0	1	2
25. ...vengarme de alguien	0	1	2
26. ...demostrar que no necesito depender de los demás para conseguir ayuda	0	1	2
27. ...reducir ansiedad, frustración, enojo u otras emociones abrumadoras	0	1	2
28. ...establecer una barrera entre los demás y yo	0	1	2
29. ...reaccionar a sentirme infeliz o asqueado de mi mismo	0	1	2
30. ...permitirme el enfocarme en tratar la lesión, lo que puede ser gratificante y satisfactorio	0	1	2
31. ...asegurarme que sigo estando viva cuándo no me siento real	0	1	2
32. ...poner un alto a ideas suicidas			0
1 2			
33. ...empujar mis límites como cuando te tiras de un paracaídas u otras actividades extremas	0	1	2
34. ...crear una señal de amistad o parentesco con amigos o gente amada	0	1	2
35. ...evitar que alguien amado me deje o me abandone	0	1	2
36. ...probar que puedo aguantar el dolor físico	0	1	2
37. ...ejemplificar la angustia emocional que estoy experimentando	0	1	2
38. ...intentar lastimas a alguien cercano a mí	0	1	2
39. ...establecer que soy autónomo he independiente	0	1	2

Anexo 1.7

ESCALA DE DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, indique con qué frecuencia se pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1. Tengo total claridad sobre mis sentimientos.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
2. Le presto atención a la forma como me siento.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
3. Siento que mis emociones me dominan y que no las puedo controlar.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
4. No tengo ni idea de cómo me estoy sintiendo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
5. Me cuesta trabajo entender mis emociones.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
6. Analizo con cuidado mis sentimientos.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
8. Le doy mucha importancia a mis sentimientos.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
9. Tengo confusión con respecto a mis sentimientos.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
10. Cuando me enojo, reconozco el estado emocional en que me encuentro.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
11. Cuando me enojo, me reprocho a mí mismo por ello.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
12. Cuando estoy enojado me siento incómodo por estar así.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca

13. Cuando estoy enojado tengo dificultad para realizar mi trabajo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
14. Cuando me enojo no soy capaz de controlarme.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
15. Cuando me enojo siento que ese estado de ánimo me va a durar mucho tiempo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
16. Cuando estoy enojado sé que después me invadirá una gran depresión.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
17. Cuando estoy enojado considero que mis sentimientos son válidos e importantes.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
18. Cuando estoy enojado me resulta muy difícil concentrarme en otras cosas.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
19. Cuando estoy enojado siento que pierdo el control.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
20. Cuando estoy enojado puedo seguir desarrollando mis actividades normalmente.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
21. Cuando estoy enojado siento vergüenza de mí mismo por estar así.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
22. Cuando estoy enojado sé que encontraré la forma de tranquilizarme.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
23. Cuando estoy enojado siento que soy una persona débil.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
24. Cuando me enojo, mantengo el control sobre mi conducta.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
25. Cuando me enojo tengo sentimientos de culpa por estar así.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
26. Cuando estoy enojado me resulta difícil concentrarme.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
27. Cuando me enojo no puedo controlarme.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca

28 Cuando estoy enojado siento que no puedo hacer nada para recuperar la calma.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
29. Cuando estoy enojado, me siento mal conmigo mismo por estar así.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
30. Cuando estoy enojado comienzo a sentirme mal conmigo mismo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
31. Cuando estoy enojado pienso que lo único que puedo hacer es seguir dándole vueltas al asunto que me molesta.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
32. Cuando me enojo pierdo por completo el control.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
33. Cuando estoy enojado por algo me resulta difícil pensar en otra cosa.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
34. Cuando estoy enojado me detengo a reflexionar sobre lo que estoy sintiendo.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
35. Cuando me enojo, me toma mucho tiempo recuperar la calma.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca
36. Cuando estoy enojado siento que no puedo controlar mi estado emocional.	Casi siempre	La mayoría de las veces	Neutral	Algunas veces	Casi nunca

Anexo 1.8

CUESTIONARIO BIS-11

Instrucciones. Lea cada afirmación y marque con una “X” en la alternativa de respuesta que lo refleje mejor. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No pierda mucho tiempo en cada afirmación, responda rápido y honestamente.

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. En mi trabajo, planifico mis tareas.				
2. Hago cosas sin pensar.				
3. Hago borrón y cuenta nueva rápidamente.				
4. Soy alegre y tengo suerte.				
5. Cuando hago mi trabajo, no pongo atención.				
6. Pienso las cosas rápidamente.				
7. Planifico mis salidas bien y con anticipación.				
8. Soy una persona autocontrolada.				
9. Me concentro fácilmente.				
10. Ahorro cada vez que puedo.				
11. Me pongo impaciente en charlas o juegos.				
12. Pienso las cosas cuidadosamente.				
13. Me planifico para trabajar seguro.				
14. Digo cosas sin pensar.				
15. Me gusta pensar en problemas complejos.				
16. He cambiado de trabajo varias veces.				
17. Actúo impulsivamente.				
18. Me aburro fácilmente resolviendo problemas, si debo pensarlos.				
19. Me dejo llevar por el momento.				
20. Estoy pensando cosas todo el tiempo.				
21. Cambio de domicilio constantemente.				
22. Compró cosas impulsivamente.				
23. Sólo puedo pensar en una cosa a la vez.				
24. Suelo cambiar mis hobbies o pasatiempos.				
25. Gasto más de lo que tengo.				
26. Cuando pienso, tengo ideas extrañas.				
27. Estoy más interesado en el presente que en el futuro.				
28. Me pongo inquieto en el teatro o en los cursos.				
29. Me gustan los puzles.				
30. Soy una persona que piensa en el futuro.				

Anexo 1.9

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Instrucciones. A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifique.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo mucho motivos para sentirme orgulloso de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				